

На правах рукописи

Патрикеева Ольга Николаевна

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ
КАННАБИНОИДОВ**

14.01.27 –наркология

14.01.06 – психиатрия

Автореферат диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Овчинников Анатолий Александрович

доктор медицинских наук

Наров Михаил Юрьевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Егоров Алексей Юрьевич

(Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова Российской академии наук, лаборатория нейрофизиологии и патологии поведения, заведующий)

доктор медицинских наук

Сиволап Юрий Павлович

(Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и наркологии, профессор кафедры)

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «29» ноября 2018 г. в 10 часов 30 минут на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 192019 г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3,

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, адрес сайта <http://bekhterev.ru>
Автореферат разослан «29» октября 2018 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета Д 208.093.01

доктор медицинских наук

Бутома Борис Георгиевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность избранной темы. Начало последнего десятилетия характеризуется появлением и распространением в среде потребителей наркотических и психотропных средств нового вида синтетических психоактивных веществ (ПАВ) с действием, похожим на действие гашиша и марихуаны, но с более выраженными основными эффектами и аддиктивным потенциалом [Софронов Г. А., Головки А. И. и соавт., 2012; Головки А. И., Башарин В. А. и соавт., 2015; Vandrey R., Johnson M. W. et al., 2013; Weinstein A. M. et al., 2017 и другие].

В Докладе Международного Комитета по контролю за наркотиками за 2014 год отмечается быстрое распространение и увеличение масштабов потребления новых психоактивных веществ (ПАВ) в различных регионах [INCB, United Nations, 2015]. По данным Доклада, количество новых ПАВ, представляющих собой неоднородную группу субстанций, продолжает увеличиваться в каждом регионе мира. По состоянию на октябрь 2015 года на консультативном портале раннего предупреждения о новых ПАВ Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) были размещены сведения о 602 отдельных веществах, что на 55 % больше, чем в октябре 2014 года, когда было сообщено о 388 веществах. При этом, как и в прошлые годы, большинство зарегистрированных новых ПАВ составляют синтетические каннабиноиды (СК), на которые приходится около 40 % всех зарегистрированных веществ [доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2015 год].

Согласно официальным данным, в 2009–2015 гг. в РФ увеличилась частота госпитализаций больных с психозами, связанными с употреблением наркотиков: увеличилось как их абсолютное число (с 782 человек в 2009 г. до 6 505 в 2015 г., т. е. более чем в 8 раз), так и относительный показатель (с 0,55 в 2009 г. до 4,4 на 100 тыс. населения в 2015 г.) [Киржанова В. В. и соавт., 2016]. В 2016 г. этот показатель несколько снизился, но остался на высоком уровне (3,8 на 100 тыс. населения). За последние 4 года показатель увеличился в 2,5 раза [Киржанова В. В. и соавт., 2017].

Уровень распространенности психозов вследствие употребления ПАВ является не только индикатором употребления токсических и наркотических веществ населением, но и показателем его психического здоровья. Подавляющее большинство

лиц, перенесших психозы, вызванные интоксикацией либо отменой вещества – это лица молодого (трудоспособного и репродуктивного) возраста, что свидетельствует о том, что данный вид психотических нарушений – это не только медицинская, но и огромная социальная проблема. В связи с сохраняющейся высокой численностью потребителей СК и частым развитием у них психотических состояний имеется настоятельная потребность в систематизации и обобщении имеющихся данных. В настоящее время сведения о синдромальных формах психотических состояний, вызванных употреблением СК, степени их выраженности и длительности проявления многочисленны и достаточно противоречивы [Иванова Л. А. и соавт., 2016; Клименко Т. В. и соавт., 2017; Бохан Н. А. и Селиванов Г. Ю., 2015; Синевич А. А. и Копытов А. В., 2016; Robin M. Murray et al., 2016; N. Van der Veen и J. Friday, 2011]. В соответствии с этим, изучение особенностей клинических проявлений и течения психозов, вызванных употреблением новых видов ПАВ, представляет не только теоретический интерес, но и востребовано практическим здравоохранением.

Степень разработанности темы диссертации. Влияние СК на организм человека в настоящий момент изучено недостаточно. Имеются многочисленные клинические наблюдения связи употребления данных веществ и развития психотических состояний. Однако в настоящее время отсутствует комплексный клинический анализ клинико-эпидемиологических особенностей психотических состояний, развивающихся вследствие употребления СК, социо-демографических характеристик лиц, перенесших психозы, выраженности и продолжительности психопатологической симптоматики, типов течения, а также последствий для личности.

Цель исследования. Выявление основных клинико-динамических характеристик психотических нарушений и социально-психологических показателей у лиц с зависимостью от СК.

Задачи исследования

1. Исследовать наследственную предрасположенность и особенности симптоматики психотических расстройств у лиц с синдромом зависимости от СК.
2. Изучить особенности мотивации употребления СК у наркозависимых.
3. Исследовать уровни тревоги и депрессии в постабстинентном периоде у

лиц с зависимостью от СК.

4. Изучить клинико-психологические особенности течения постабстинентного периода у больных с зависимостью от СК.

5. Сравнить показатели субъективной оценки социальной адаптации у лиц с синдромом зависимости от СК, перенесших психозы и без них.

6. Определить предикторы возникновения психоза, вызванного употреблением СК, у пациентов с синдромом зависимости от СК.

Научная новизна. В настоящей работе впервые изучены и систематизированы структурные и клинико-динамические особенности психозов, вызванных употреблением СК, на основе сравнительного межгруппового анализа. Определены предикторы повторного возникновения психозов, вызванных употреблением СК.

Впервые описаны особенности мотивационной сферы у потребителей СК. Показано, что на начальных этапах развития зависимости от СК преобладающее влияние имеют индивидуально-психологические и средовые факторы, а на более поздних этапах и при развитии психопатологических реакций – биологические.

Впервые установлено, что нарушения в эмоциональной сфере у пациентов с синдромом зависимости вследствие употребления СК, в том числе перенесших психотическое состояние, в постабстинентном периоде характеризуются повышенными уровнями тревоги и алекситимии при умеренной выраженности депрессивных проявлений.

Установлена связь длительности лечебно-реабилитационных мероприятий в стационарных условиях, осуществляемых у пациентов с синдромом зависимости от СК, с исходным уровнем мотивации на отказ от употребления ПАВ.

Теоретическая и практическая значимость работы. Исследование данной проблемы помогает расширить представления о феноменологии употребления СК на современном этапе.

Использование в клинической практике результатов изучения особенностей клиники и течения психотических состояний способствует совершенствованию психиатрической и наркологической помощи: более точной диагностике и определению прогноза заболевания при расстройствах, связанных с употреблением СК.

Методология и методы диссертационного исследования. Исследование

выполнено на базе отделения острых состояний Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Государственная клиническая психиатрическая больница № 3» и стационарного отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер». Пациенты включались в исследование после купирования психотического состояния или абстинентного синдрома. Перед включением в исследование пациенты были ознакомлены с информацией о целях и методах исследования и предоставили добровольное согласие на участие в нем. Один экземпляр добровольного согласия предоставлялся пациенту.

Основными методами исследования явились: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, лабораторный (химико-токсикологический), статистический.

Полученные клинические данные регистрировались в специально разработанной «Карте пациента» с последующим занесением в электронную базу данных, необходимую для статистической обработки результатов исследования.

Положения, выносимые на защиту

1. В синдромальной структуре психозов у обследованных больных наиболее часто встречаются галлюцинаторный, полиморфный и шизофреноподобный варианты интоксикационного психоза. Особенность психотических нарушений, вызванных употреблением СК, заключается в преимущественном развитии первого психотического эпизода по галлюцинаторному варианту и увеличении вероятности развития последующих психозов по полиморфному или шизофреноподобному типу.

2. Эмоциональные нарушения у пациентов с зависимостью от СК в постабстинентный период характеризуются высоким уровнем тревожных расстройств.

3. У больных с зависимостью от СК, перенесших психозы, в постабстинентном периоде выявляется значимо более высокий уровень алекситимии и диссоциации в сравнении с пациентами без психозов.

4. Количество перенесенных психозов обратно коррелирует с самооценкой социальной адаптации больных. У пациентов с перенесенными психозами субъективная оценка социальной адаптации ниже, чем у пациентов без перенесенных психозов в анамнезе.

5. Предикторами возникновения психозов являются переходящие

нарушения восприятия в состоянии острой интоксикации и высокий уровень алекситимии.

Степень достоверности. Достоверность результатов диссертации основывается на анализе первичной медицинской документации, обследовании и лечении выборки из 147 пациентов с синдромом зависимости от СК, в том числе перенесших психотические состояния, о чем свидетельствуют записи в медицинских картах стационарных больных, представленная на проверку первичная документация, а также выявление значимых различий и взаимосвязей между некоторыми показателями при статистическом анализе данных. Диагнозы установлены на основании критериев МКБ 10-го пересмотра. Оценка динамики исследуемых показателей подтверждена статистическим анализом. Использовались двусторонние статистические критерии. Данные выражались в виде среднего значения и стандартной ошибки, либо указывалась медиана распределения с нижними и верхними квартилями. Расчеты проводились на персональном компьютере с помощью программ статистической обработки STATISTICA и SPSS.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: научно-практической конференции «Актуальные вопросы оказания наркологической помощи населению Новосибирской области» (Новосибирск, 2014); научно-практической конференции с международным участием «Проблемы коморбидности у больных шизофренией» (Новосибирск, 2014); научно-практической конференции «Актуальные вопросы межведомственного взаимодействия психиатрической и наркологической служб города» (Новосибирск, 2014); Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология и практическое здравоохранение: пути интеграции» (Новосибирск, 2015); 7-й отчетной научной сессии ФГБНУ «НИИПЗ» (Томск, 2015); Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Новосибирской психиатрической службы и 80-летию Новосибирского государственного медицинского университета (Новосибирск, 2015); Всероссийской конференции с международным участием «Бехтеревские чтения» (Киров, 2016); юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (2016, Томск); региональной научно-практической конференции «Профессиональная помощь при

наркозависимости: междисциплинарный подход» (Новосибирск, 2016).

Диссертационная работа апробирована на заседании проблемной комиссии «Актуальные вопросы неврологии и психиатрии» ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск, 2018).

Диссертация выполнена в соответствии с темой научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России «Диссоциативная парадигма в психиатрии (феноменология, клинические аспекты)», номер государственной регистрации 01201150928.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования используются в учебном процессе кафедры клинической психологии факультета социальной работы и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 8 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 143 страницах машинописного текста и состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, списка иллюстративного материала и приложений. Список литературы представлен 230 источниками, из которых 78 в зарубежных изданиях. Полученные результаты проиллюстрированы с помощью 12 таблиц и 9 рисунков.

Личный вклад автора. Автором были определены цели и задачи исследования, выбраны методики исследования, изучены имеющиеся литературные данные, собран, обработан и проанализирован полученный материал. Результаты исследования докладывались на научных конференциях, в том числе с международным участием, опубликованы в специализированных научных изданиях.

Опубликованные работы написаны лично автором. Степень участия автора в статистической обработке материала составляет 50 %.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2013–2017 гг. на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3» и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер». Пациенты включались в исследовательскую выборку после ознакомления с информацией о целях и методах исследования и подписания информированного согласия. Форма информированного согласия утверждена комитетом по этике ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 76 от 17.06.2015 г.), ее образец представлен в приложении к диссертации.

Основная группа (ОГ) сформирована из пациентов, поступивших на лечение в ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3». Были скринированы 1 270 больных, госпитализированных с диагнозом «Психотическое расстройство в результате употребления ПАВ». Из них на основании клинического обследования были выявлены 677 человек – потребителей СК с диагнозом, удовлетворяющим общим критериям синдрома зависимости. В исследование не включались лица с психиатрической патологией в анамнезе (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия и другие), лица со сформированным синдромом зависимости от алкоголя и других ПАВ (за исключением СК и табака), а также лица, допускавшие в течение последнего года неоднократное употребление других наркотических или токсических средств, за исключением СК. Информированное согласие на исследование после выхода из психотического состояния предоставили 77 человек (в том числе 71 мужчина и 6 женщин), составивших основную группу настоящего исследования. Из 77 человек, включенных в основную группу, 39 человек перенесли психотическое состояние впервые, 20 человек были госпитализированы по поводу второго психотического эпизода, 18 человек – по поводу третьего или более.

Таким образом, критериями включения пациентов в ОГ явились: письменное согласие пациента на исследование; диагноз психотического расстройства,

вызванного употреблением СК или его отменой; диагноз синдрома зависимости от каннабиноидов, удовлетворяющий общим критериям МКБ-10; возраст 18–45 лет; отсутствие при химико-токсикологическом исследовании (ХТИ) мочи, полученной при госпитализации; других ПАВ за исключением СК или их комбинации.

Для сравнения скринированы 363 человека, проходивших обследование и стационарное лечение в ГБУЗ НСО «НОКНД» с диагнозом «Синдром активной зависимости вследствие употребления синтетических каннабиноидов». Из исследования исключены пациенты, допускаявшие в течение последнего года неоднократное употребление других наркотических или токсических средств (каннабиноиды, опиоиды, психостимуляторы и другие). Включение в исследование проводилось при отсутствии в образцах биологической жидкости при ХТИ мочи подтверждающим методом других ПАВ, кроме СК. Из числа оставшихся отобраны пациенты без психотических расстройств и коморбидной психиатрической патологии. Информированное согласие на исследование предоставили 70 человек, в том числе 64 мужчины и 6 женщин.

Критериями включения в контрольную группу (КГ) послужили: письменное согласие пациента на исследование; диагноз, удовлетворяющий общим критериям синдрома зависимости от каннабиноидов по МКБ-10; отсутствие при ХТИ мочи, полученной при госпитализации, других ПАВ за исключением СК или их комбинации; возраст 18–45 лет.

Критериями невключения в ОГ и КГ послужили: отказ пациента от участия в исследовании на любом его этапе; неоднократное употребление пациентом в течение последнего года других наркотических или токсических веществ, за исключением СК; сформированный синдром зависимости от алкоголя и других ПАВ, за исключением СК; наличие коморбидной психиатрической патологии; тяжелые органические поражения головного мозга; выраженная соматическая патология; обнаружение при ХТИ мочи, отобранной при поступлении других ПАВ, за исключением СК.

С целью обработки и систематизации данных исследования использовалась специально разработанная «Карта пациента» (образец приведен в приложении «В» к диссертации).

Методы исследования

Основными методами исследования явились:

1) клинико-психопатологический – распознавание психиатрической и наркологической патологии, выявление ее структуры (синдромов) и особенностей у пациентов исследуемых групп;

2) экспериментально-психологический – использование психодиагностических оценочных шкал и психометрического инструментария:

- для изучения расстройств депрессивного спектра использовалась шкала Цунга для самооценки депрессии;

- определение уровня ситуативной тревоги и личностной тревожности проводилось с помощью шкалы Спилберга Ханина;

- для определения уровня алекситимии у пациентов использовалась Торонтская шкала алекситимии (TAS), адаптированная в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева;

- для определения степени выраженности диссоциативных явлений применялась Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES) [Bernstein E. M., Putnam F. W., 1986; Тарабрина Н. В., 2001];

- уровень самооценки социальной адаптации оценивался с помощью Шкалы самооценки социальной адаптации – SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale, Bosc M. et al., 1997);

- с целью исследования мотивов употребления СК – полуструктурированное клиническое интервью.

Исследование мотивов употребления наркотиков, уровней выраженности депрессии, тревоги, диссоциации и алекситимии проводилось однократно: у пациентов ОГ и КГ после окончания фармакотерапии, на 20–21 сутки госпитализации.

Исследование по шкале SASS проводилось у пациентов ОГ однократно на 20–21 сутки, у пациентов КГ дважды – на 20–21 сутки госпитализации и в динамике перед выпиской (ввиду более длительных сроков лечения).

3) лабораторный (химико-токсикологический);

4) статистическая обработка полученных данных.

Сопоставление конкретных распределений непрерывных (шкальных) переменных с распределением Гаусса – Лапласа производилось методом

Колмогорова – Смирнова. В случае нормальности эмпирических распределений и удовлетворения требования равенства дисперсий (критерий Ливиня) сравнение средних и определение связей производилось с помощью параметрических методов (Т-критерий Стьюдента, корреляции Пирсона), в противном случае использовались непараметрические тесты (U-критерий Манна – Уитни и тест Краскела – Уоллиса для сравнения двух и более групп, соответственно, корреляции Спирмана). Парные апостериорные сравнения при сопоставлении 3 и более групп производились с помощью теста ТЗ Даннета, не требующего равенства дисперсий. Сравнения повторно измеренных показателей проводились с использованием критериев для связанных (зависимых) выборок.

Анализ влияния различных предикторов, как отдельного, так и во взаимодействии, на целевой показатель выполнялся с помощью регрессионного анализа. Если зависимая и независимая переменные были количественными непрерывными, то использовалась каноническая процедура для проверки линейности связи. Если зависимая переменная была качественной номинальной и дихотомической, то есть принимала 2 значения, то использовалась бинарная логистическая регрессия.

Использовались двусторонние статистические критерии. Данные выражались в виде среднего значения и стандартной ошибки ($M \pm m$), либо указывалась медиана распределения с нижними и верхними квартилями. Уровни $p \leq 0,05$ принимались за показатель статистической значимости различия, связи или эффекта, но значения $0,05 < p \leq 0,1$ также указывались как свидетельство тенденции. В работе использовались статистические пакеты STATISTICA и SPSS.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Социодинамические характеристики обследуемого контингента больных.

При изучении социо-демографических и медико-биологических характеристик обследуемых установлено:

Среди лиц с перенесенными психотическими состояниями (ОГ) 92,2 % (N = 71) составляют лица мужского и 7,8 % (N = 6) женского пола против 91,4 % (N = 64) мужчин и 8,6 % (N = 6) женщин вКГ.

Распределение возраста в основной и контрольной группах значительно отличается от нормального за счет левосторонней асимметрии ($ass > 0$). Средний возраст

пациентов основной группы на момент обследования составил $(27,1 \pm 0,6)$ лет, пациентов контрольной группы $(26,0 \pm 0,7)$ лет.

Установлено, что у пациентов ОГ значимо чаще встречается отягощенность семейного анамнеза по психическим расстройствам (57,1% и 37,1 % соответственно групп наблюдения, $p < 0,05$, критерий χ^2). При этом в основной группе есть тенденция к более частой выраженности наследственной отягощенности по алкоголизму у родственников первой линии (45,5 % и 21 % соответственно групп наблюдения, $p = 0,054$, критерий χ^2).

Характеристики употребления СК у обследованных лиц. Для пациентов исследуемых групп характерен приблизительно одинаковый возраст начала употребления СК: $(23,7 \pm 0,6)$ лет для респондентов ОГ и $(22,8 \pm 0,6)$ лет для респондентов КГ. Впервые употребили курительные смеси в возрасте до 20 лет 26 % пациентов ОГ ($N = 20$) и 37,1 % пациентов КГ ($N = 26$), в возрасте 21–25 лет – 50,6 % пациентов ОГ ($N = 39$) и 38,6 % пациентов КГ ($N = 27$), в возрасте 26 лет и старше – 23,4 % ($N = 18$) и 24,3 % ($N = 17$) соответственно группам наблюдения.

Согласно нашим данным, продолжительность этапа эпизодического употребления СК в исследуемых группах составляла $(3,5 \pm 0,1)$ и $(3,1 \pm 0,1)$ месяца соответственно с последующим формированием синдрома зависимости (различия статистически не значимы).

Клинико-динамическая характеристика психозов у лиц с синдромом зависимости от СК. При обследовании пациентов установлено, что психотические состояния после употребления СК могут развиваться как на высоте опьянения, так и спустя некоторый промежуток времени после употребления наркотических средств.

Интоксикационные психозы, развившиеся вследствие употребления СК, чаще всего протекают с галлюцинаторной, бредовой, аффективной (преимущественно тревожной) или полиморфной симптоматикой.

Преобладание в структуре психоза нарушений восприятия в форме галлюцинаторного синдрома наблюдалось в 31,2 % случаев ($N = 24$). Продромальный период не наблюдался. Состояние развивалось непосредственно после интоксикации СК или спустя 1–2 суток после нее. Развитие психотических расстройств манифестировало развитием слуховых и зрительных галлюцинаций, как правило, устрашающего характера, к которым присоединялись состояние страха и тревоги. При

этом отмечались выраженное психомоторное возбуждение, нарушения мышления по форме (ускоренное мышление). В некоторых случаях ($N = 8$, 10,3 % случаев) наблюдались также тактильные галлюцинации. Внимание пациентов было рассеянным, привлекалось с трудом. Отмечалось нарушение ориентировки во времени. С течением времени (в течение нескольких часов) отмечалось снижение остроты психоза. Окончательный выход из психоза отмечался после медикаментозного сна. По выходу из состояния наблюдались нарушения памяти в форме частичной амнезии с возможностью воспроизведения содержания галлюцинаторной симптоматики. Длительность периода возникающих психастенических явлений в виде слабости, вялости, повышенной утомляемости составляла от 5 до 7 суток. Установлено, что вероятность развития галлюцинаторного варианта психоза значительно выше при госпитализации по поводу первого психотического эпизода и достоверно снижается с увеличением количества перенесенных психозов. Так, в 51,9 % случаев ($N = 40$) первый психоз у обследованных больных протекал по галлюцинаторному варианту, в то время как второй психоз протекал по данному типу лишь в 15,6 % случаев ($N = 6$), а третий – лишь в 11,1 % ($N = 2$) ($p < 0,05$, критерий χ^2).

При бредовом варианте интоксикационного психоза относительная ориентировка в месте у пациентов была сохранена. Отмечалась утрата ориентировки во времени. Данный тип интоксикационного психоза наблюдался в 18,2 % госпитализаций ($N = 14$). В 12 случаях (15,6 % всех наблюдений) наблюдалось острое начало психоза, без продромального периода. Бредовые идеи были представлены, чаще всего, бредом преследования, развивающимся вскоре после употребления вещества. Бред соответствовал характеру обманов восприятия. Содержание бредовых идей – физическое насилие, наказание. Для данного типа интоксикационных психозов характерны вторичные аффективные нарушения в форме страха, тревожности, доходящей до степени ужаса, а также нарушения восприятия в форме эпизодических неустойчивых вербальных, зрительных и висцеральных галлюцинаций. В 2 случаях (2,3 % всех наблюдений) отмечалось изменение психического состояния на протяжении 2–4 дней до госпитализации – отмечались нарушения сна, многоречивость, агрессивные тенденции, бредовые переживания. После очередного употребления СК происходило ухудшение состояния, усиление агрессивных

тенденций, нарастало психомоторное возбуждение. У 9 пациентов (11,7 % всех случаев наблюдения) отмечалось волнообразное течение психоза с периодами усиления аффекта страха и нарастанием психомоторного возбуждения. Выход из психоза литический, после медикаментозного сна. Наблюдался период постпсихотической астении длительностью до 7 суток. Связи развития бредового варианта психотических нарушений с количеством перенесенных психозов не установлено: первый психоз у обследованных больных протекал по бредовому варианту в 11,7 % случаев (N = 9), второй психоз протекал по данному типу в 15,8 % случаев (N = 6), а третий – в 5,6 % (N = 1) ($p > 0,05$, критерий χ^2).

При равной представленности нарушений восприятия и мышления с вторичными аффективными нарушениями констатировался галлюцинаторно-бредовый синдром (полиморфный вариант течения психоза) (29,9 % наблюдений, N = 23), с острым началом, без продромального периода. Период постпсихотической астении продолжался до 7 суток. Полиморфный вариант психотических нарушений значительно чаще развивался у лиц, госпитализированных по поводу второго и третьего психотических эпизодов. Так, при первой госпитализации полиморфный вариант был диагностирован у 21,2 % пациентов (N = 24), при второй – у 50 % всех пациентов с повторными госпитализациями (N = 19), а при третьей – у 55,6 % больных (N = 10), госпитализированных третий раз ($p < 0,05$, критерий χ^2).

У 2 пациентов развитие психоза шло с изменением сознания по типу острой интоксикации с делирием: отмечалась грубая дезориентировка в месте и времени, зрительные, слуховые, проприоцептивные галлюцинации устрашающего характера, гиперестезия, бредовые идеи преследования, наказания, аффект страха, тревоги, психомоторное возбуждение. Средняя длительность психоза ($52,0 \pm 5,3$) часа. Отмечалось волнообразное течение психоза с периодами восстановления ориентировки в месте, возможностью продуктивного контакта и последующим повторным погружением пациента в болезненные переживания. Период постпсихотической астении продолжался до 8 суток. Амнезия перенесенного психотического состояния в наблюдаемых 2 случаях отсутствовала.

У части пациентов (15,6 % наблюдений, N = 12) выявлялась развернутая шизофреноподобная симптоматика. Психоз в 6,5 % наблюдений (N = 5) развивался на фоне массивной наркотизации (неоднократное употребление наркотика в течение суток, иногда на протяжении нескольких дней). При данном варианте психоза у

7 пациентов (9,1 % всех наблюдений) отмечался предпсихотический период, который проявлялся эмоциональной лабильностью, нарушением сна (отсутствие сна или сон до 3 часов в сутки), нарушением мышления по форме и содержанию, формированием бредовых идей, подозрительностью, периодами немотивированной агрессии. В течение 2–3 суток отмечалось нарастание вышеуказанной симптоматики с периодами двигательного возбуждения. В дальнейшем, развивался галлюцинаторно-параноидный синдром с четкими характеристиками, типичными для шизофрении, на фоне вторичных аффективных нарушений: эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, бредовое восприятие и бред воздействия, галлюцинации в форме комментирующих голосов угрожающего характера, бредовые идеи религиозного содержания или особого положения, резонерство, элементы разорванности мышления, нарушения целенаправленности и логики мышления, страх и тревога. Средняя длительность психоза составила $(11,9 \pm 4,3)$ суток. Выход из психоза, как правило, был литическим. При этом требуется дифференциация данного типа интоксикационного психоза от дебюта шизофрении, которая часто затруднена в связи с сокрытием пациентами фактов употребления психоактивных веществ. Помимо основного этиологического фактора в форме употребления СК, в пользу интоксикационного психоза при дифференциальной диагностике свидетельствует отсутствие нарушений психических сфер пациентов по эндогенному типу при экспериментально-психологическом обследовании (по выходу из острого состояния). Во всех наблюдаемых случаях отмечался длительный психоастенический период в виде слабости, вялости, повышенной истощаемости, сонливости. Вероятность развития шизофреноподобного варианта психоза значительно увеличивается с количеством госпитализаций: при первой госпитализации шизофреноподобный вариант психоза наблюдался у 3,9 % больных ($N = 3$), при второй госпитализации – у 15,8 % больных ($N = 6$), при третьей – у 16,7 % ($N = 3$) ($p < 0,05$, критерий χ^2).

Абстинентные психозы по типу делирия (абстинентное состояние с делирием) у зависимых от СК возникали на 3–4 сутки после прекращения употребления и наблюдались в 2,6 % случаев ($N = 2$). При данном варианте психоза также наблюдался предпсихотический период: на фоне нарушения сна нарастала тревога, присоединялись дезориентировка в месте, времени, а также нарушения восприятия в форме галлюцинаций (преимущественно слуховых), нарушения мышления в форме бредовых идей, нарастало психомоторное возбуждение. Средняя длительность психоза в наблюдаемых случаях – 36 часов. Выход из абстинентного психоза постепенный. После его разрешения наблюдались остаточные явления синдрома

отменыв виде вялости, слабости, повышенной утомляемости, сниженного настроения. Средняя длительность периода постпсихотической астении составила 6 суток. По выходу из психоза в обоих случаях наблюдалась частичная амнезия – пациенты могли вспомнить обстоятельства, при которых начался психоз, но амнезировали непосредственно острое состояние.

Таким образом, выделены следующие типологические варианты психотических нарушений у лиц с зависимостью от СК: психотическое расстройство преимущественно галлюцинаторное (F1x.52), психотическое расстройство преимущественно бредовое (F1x.51), психотическое расстройство преимущественно полиморфное (F1x.53), психотическое расстройство шизофреноподобное (F1x.50), острая интоксикация с делирием (F1x.03), абстинентное состояние с делирием (F1x.4).

При обследовании установлено, что большая часть обследованных в ОГ (по сравнению с КГ) в состоянии острой интоксикации испытывали временные нарушения восприятия (гиперестезии, парестезии, иллюзии): наличие таких нарушений подтвердили 46,8 % пациентов ОГ (N = 36) и 28,6 % пациентов КГ (N = 20) ($p < 0,05$, критерий χ^2).

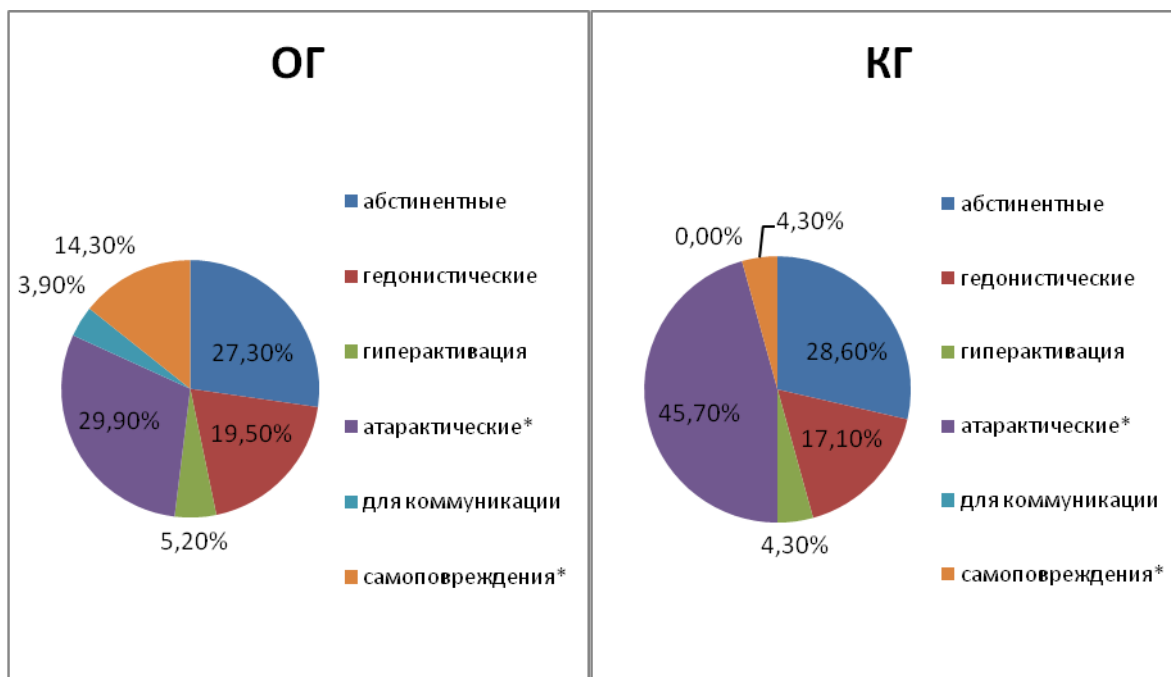
При оценке связи между наличием психозов и наличием нарушений восприятия в состоянии острой интоксикации СК методом бинарной логистической регрессии установлено, что у пациентов с такими нарушениями в 2,2 раза больше шансов иметь психозы (то есть относиться к основной группе), чем у пациентов без нарушений восприятия. Таким образом, обнаружена прямая связь между склонностью к проявлению нарушений восприятия в интоксикации СК и развитием психозов (ОШ = 2,20; ДИ = 1,11–4,07).

При оценке связи между нарушениями восприятия в состоянии интоксикации и типом психоза методом бинарной логистической регрессии установлено, что пациенты с шизофреноподобным вариантом течения психоза имеют в 5 раз большие шансы испытывать данные нарушения в состоянии опьянения в сравнении с пациентами с галлюцинаторным вариантом психоза (ОШ 5,00; ДИ 1,71–14,6).

Особенности мотивационной сферы у обследованных лиц. В качестве мотива первого употребления обследованные чаще указывали: интерес и любопытство, желание испытать новые ощущения (53,2 % пациентов ОГ и 55,7 % пациентов КГ), получить удовольствие (23,4 % пациентов ОГ и 24,3 % пациентов КГ). Мотив расслабления и снятия напряжения указали по 14,3 % пациентов в каждой из групп, «от скуки, от нечего делать» – 2,6 % пациентов ОГ и 1,4 % пациентов КГ, «для коммуникации, не казаться белой вороной» – 5,2 % пациентов ОГ и 2,9 % пациентов

КГ, в результате давления группы сверстников – 1,3 % и 1,4 % соответственно группам наблюдения. Значимых отличий в инициальных мотивах употребления СК у пациентов обследуемых групп не выявлено (критерий χ^2).

Мотивы употребления при первых пробах наркотических веществ и их последующем употреблении меняются вследствие биологических факторов привыкания и длительности синдрома зависимости (рисунок 1).



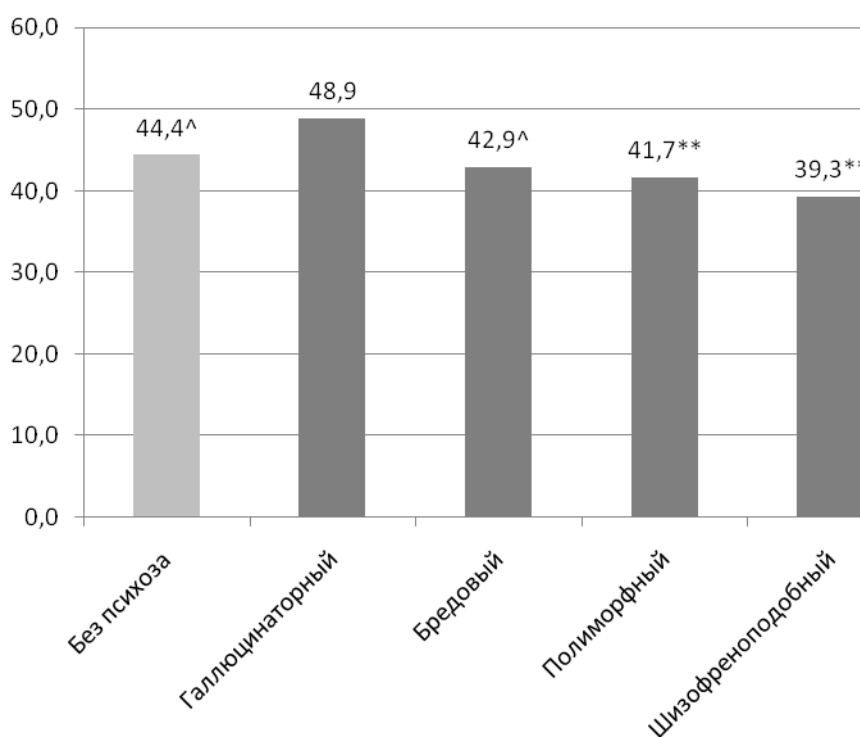
Примечание: * $p < 0,05$ (критерий χ^2).

Рисунок 1 – Мотивы употребления СК в ОГ и КГ на момент обследования

На момент обследования у пациентов, перенесших психозы, значимо чаще встречаются мотивы самоповреждения, в то время как в группе без психозов – атарактические мотивы (рис. 1, $p < 0,05$, критерий χ^2). При этом как в ОГ, так и в КГ в структуре ведущих мотивов значимо увеличивается доля атарактических мотивов ($p < 0,05$, критерий χ^2).

Эмоциональные расстройства у лиц с зависимостью от СК. При исследовании спектра эмоциональных расстройств пациентов ОГ установлено преобладание в клинической картине постабстинентного периода выраженности расстройств тревожного кластера. При этом отмечается высокий уровень, как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности респондентов.

Так, у пациентов ОГ показатель ситуативной тревоги, определяемый по шкале Спилберга – Ханина, в постабстинентном состоянии соответствовал у 55,8 % (N = 43) уровню тревоги средней степени, а у 44,2 % (N = 34) – высокому уровню. Показатель ситуативной тревоги у 1,4 % (N = 1) пациентов КГ соответствовал низкому уровню, у 57,1 % (N = 40) – среднему, а у 41,4 % (N = 29) – высокому. Значимых отличий в уровне ситуативной тревоги между пациентами основной и контрольной групп не установлено. В ОГ выявлена наибольшая выраженность уровня ситуативной тревоги в постабстинентном состоянии у пациентов с галлюцинаторным типом психоза в сравнении с пациентами с другими вариантами психотических нарушений (рисунок 2).



Примечание: ** – $p < 0,01$ – достоверность различий по отношению к пациентам с галлюцинаторным психозом; [^] – $p = 0,06$ – различия по отношению к пациентам с галлюцинаторным психозом (на уровне тенденции).

Рисунок 2 – Выраженность уровня ситуативной тревоги в постабстинентном состоянии при различных типологических вариантах психоза

Выявлены достоверно значимые отличия в уровне личностной тревожности между пациентами исследуемых групп: показатель личностной тревожности

соответствовал высокому уровню у 31,2 % (N = 24) пациентов ОГ и у 48,6 % (N = 34) пациентов КГ ($p < 0,05$, критерий χ^2). У 9,1 % (N = 7) пациентов ОГ показатель личностной тревожности соответствовал низкому уровню тревоги, у 59,7% (N = 46) – уровню средней степени. В КГ у 7,1 % респондентов (N = 5) он соответствовал низкому уровню, у 44,3 % (N = 31) – среднему. Высокий уровень личностной тревожности объясняет значимую роль атактических мотивов употребления ПАВ у обследованного контингента лиц.

Кроме того, у пациентов ОГ выявлена обратная корреляция между длительностью систематического употребления СК (стажем наркотизации) и выраженностью личностной тревожности ($R = -0,29$, $p = 0,032$, коэффициент корреляции Спирмана).

Частота встречаемости депрессивных расстройств в постабстинентном периоде у обследованных пациентов (по данным экспериментально-психологического исследования) была низкой. Показатели депрессии, объективизируемые по шкале Цунга, находились в интервале, соответствующем отсутствию депрессии, у 67,5 % обследованных ОГ (N = 52) и у 71,4 % пациентов КГ (N = 50), умеренной депрессии – у 23,4 % пациентов ОГ (N = 18) и у 21,4 % пациентов КГ (N = 15), депрессии средней степени – у 9,1 % пациентов ОГ (N = 7) и у 7,1 % пациентов КГ (N = 5). Значимых отличий в уровне депрессии пациентами основной и контрольной группы не установлено. В ОГ уровень депрессии не зависел от типа психоза.

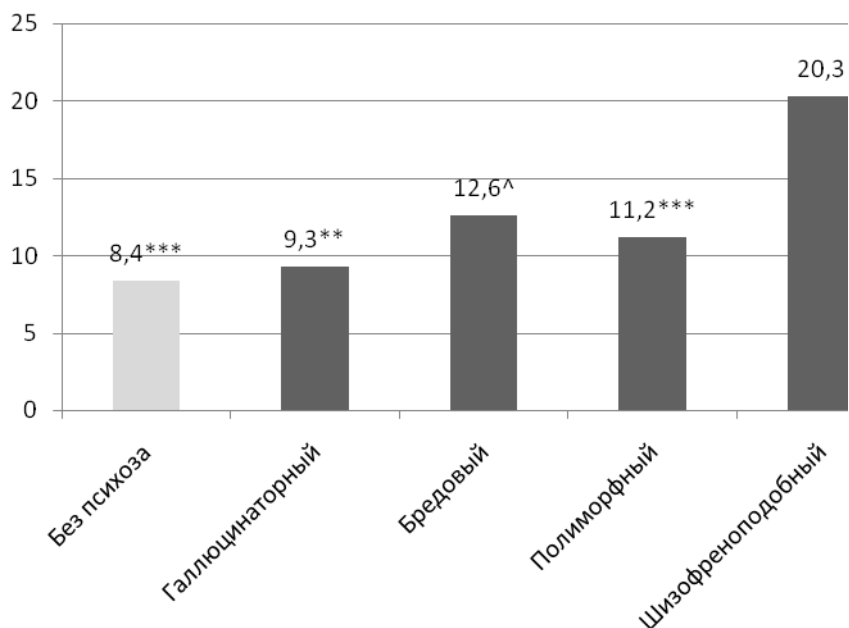
При изучении показателя диссоциативной напряженности по шкале DES установлены значимые отличия в его уровне у респондентов ОГ и КГ (таблица 1).

Таблица 1 – Выраженность уровня диссоциации у пациентов исследуемых групп (в абсолютных значениях)

Исследуемый показатель	ОГ	КГ	p
	Me (Low ÷ Up)	Me (Low ÷ Up)	
Уровень диссоциации	10,4 (5,0 ÷ 18,6)	7,1 (3,8 ÷ 14,0)	< 0,05
Примечание: Me – медиана (Low – нижний квартиль ÷ Up – верхний квартиль).			

Наибольшая выраженность уровня диссоциативных проявлений в постабстинентном состоянии наблюдается у пациентов с шизофреноподобным типом психоза в сравнении с пациентами с другими вариантами психотических нарушений

(рисунок 3).



Примечание: ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,001$ – достоверность различий по отношению к пациентам с шизофреноподобным психозом; ^ – $p = 0,06$ – различия по отношению к пациентам с шизофреноподобным психозом (на уровне тенденции).

Рисунок 3 – Выраженность уровня DES в постабстинентном состоянии при различных типологических вариантах психоза

У пациентов основной и контрольной групп выявлена прямая корреляция между уровнем личностной тревожности и выраженностью диссоциативных проявлений ($R = 0,332$, $p < 0,005$ и $R = 0,592$, $p < 0,001$, коэффициент корреляции Спирмана).

Выраженность алекситимических расстройств в постабстинентном периоде у пациентов исследуемых групп представлена в таблице 2:

Таблица 2 – Алекситимические расстройства в постабстинентном периоде

Степень выраженности	ОГ, % (N)	КГ, % (N)	p
Алекситимия	27,3 % (21)	14,3 % (10)	$< 0,05$
Склонность к алекситимии	36,4 % (28)	22,9 % (16)	0,07*
Итого: признаки алекситимии	63,7 % (49)	37,2 % (26)	$< 0,01$
Нет алекситимии	36,4 % (28)	62,9 % (44)	$< 0,01$

Примечания: χ^2 статистика; * – различия на уровне тенденции.

У пациентов ОГ и КГ установлена прямая корреляция между выраженностью уровня депрессии и уровня алекситимии ($R = 0,293$, $p < 0,05$ и $R = 0,598$, $p < 0,001$ соответственно групп наблюдения, парные корреляции Спирмана).

Показатели самооценки социальной адаптации и их динамика в зависимости от длительности госпитализаций. В зависимости от показателей по шкале SASS пациенты ОГ и КГ были разделены на несколько подгрупп: 1 – плохая социальная адаптация (0–22 баллов), 2 – затрудненная социальная адаптация (23–35 баллов), 3 – хорошая социальная адаптация (36–55 баллов), 4 – очень хорошая социальная адаптация (свыше 55 баллов).

В постабстинентный период, на 20-21 сутки госпитализации, в обеих группах преобладают пациенты с затрудненной социальной адаптацией (65 % и 75,7 % соответственно группам наблюдения). В ОГ больше удельный вес социально дезадаптированных пациентов (32,4 % против 18,6 %) и меньше удельный вес пациентов с хорошей социальной адаптацией (2,6 % против 5,7 %) – различия на уровне тенденции, $p = 0,054$, χ^2 статистика. Пациентов с очень высоким уровнем социальной адаптации (свыше 55 баллов по шкале SASS) в ОГ и КГ выявлено не было.

При определении среднегрупповых значений уровня самооценки социальной адаптации выявлены значимые различия среди пациентов ОГ и КГ на 20–21 сутки госпитализации (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели самооценки социальной адаптации у пациентов ОГ и КГ

Показатели самооценки социальной адаптации	ОГ Me(Low ÷ Up)	КГ Me (Low ÷ Up)	p1
20–21 сутки	25 (17,5 ÷ 28)	27 (23 ÷ 31)	$p < 0,05$
В динамике	*	32 (27 ÷ 35)	$p < 0,01$
p2	—	$< 0,01$	—
Примечание: 1. p1 – критерий Манна – Уитни; 2. p2 – ранговый критерий Вилкоксона для связанных выборок; 3. * – в динамике не измерялось в связи со сроками лечения.			

Из таблицы видно, что показатели самооценки социальной адаптации в КГ в динамике за период нахождения на стационарном лечении значительно возрастают.

Нами также исследовалась взаимосвязь между длительностью лечения пациентов КГ и уровнем социальной адаптации, оцененной по шкале в баллах (таблица 4). В зависимости от длительности лечения пациенты КГ были разделены на 3 подгруппы: 1) с длительностью лечения до 31 дня, 2) с длительностью лечения от 32 дней до 3 месяцев, 3) с длительностью лечения свыше 3 месяцев.

Таблица 4 – Уровень социальной адаптации в зависимости от длительности лечения в контрольной группе

N	Длительность лечения			p	
	до 31дн. (1)	32дн. – 3 мес. (2)	свыше 3 мес. (3)	p 1	p 2
	15	38	17		
Уровень соц. адаптации после лечения (балл)	28,0 (24,0–33,0)	31,5 (26,0–33,3)	34,0 (32,0–37,0)	0,007	0,020 (1–3) 0,038 (2–3)
Примечание: p1 – тест Краскела – Уоллиса при сравнении трех подгрупп, p 2 – парные сравнения (тест Т3 Даннета, равенство дисперсий не предполагается).					

Как видно из таблицы 4, самооценка уровня социальной адаптации прогрессивно нарастает по мере увеличения длительности лечения в реабилитационном стационарном отделении.

Данный факт может быть обусловлен положительным эффектом длительного (до 6 мес.) курса лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых у пациентов КГ, а также подчеркивает необходимость включения пациентов как перенесших психозы, так и без них в длительные реабилитационные программы.

Влияние числа перенесенных психозов на некоторые психометрические показатели у пациентов ОГ. Показатели эмоциональных расстройств и уровня самооценки социальной адаптации у пациентов ОГ демонстрируют зависимость от числа перенесенных психозов (таблица 5). Так, в частности, уровень самооценки социальной адаптации значительно снижается с увеличением числа перенесенных

психозов, уровень ситуативной тревоги значительно возрастает, уровень диссоциации демонстрирует тенденцию к увеличению.

Таблица 5 – Влияние числа перенесенных психозов на эмоциональные расстройства и показатели уровня самооценки социальной адаптации у пациентов ОГ

Показатель	Число психозов в анамнезе			p
	1	2	3 и более	
	Me (Low ÷ Up)	Me (Low ÷ Up)	Me (Low ÷ Up)	
SASS	26 (23 ÷ 32)	24 (14,5 ÷ 27,8)	21 (11,8 ÷ 26,3)	0,030
Уровень ситуативной тревоги	47 (39 ÷ 50)	45 (35,8 ÷ 48,8)	50 (47,8 ÷ 60)	0,046
Уровень диссоциации	6,8 (1,4 ÷ 11,1)	13,6 (6,8 ÷ 18,8)	12 (4,6 ÷ 21,0)	0,061*
Примечания: p – тест Краскела – Уоллиса при сравнении трех подгрупп. Приведены только значимо различающиеся показатели; * – различия на уровне тенденции; Me – медиана (Low – нижний квартиль, Up – верхний квартиль, критерий Манна – Уитни).				

Влияние исходного уровня мотивации к отказу от употребления СК на длительность лечения. На следующем этапе работы оценивалась возможная связь между исходным уровнем мотивации к отказу от употребления СК и длительностью терапии. Последняя измерялась в днях от момента поступления до даты выписки из стационара и разделялась на 3 категории: до 31 дня (15 чел.), 32 дня – 3 месяца (38 чел.) и свыше 3 месяцев (17 чел.). Исходная мотивация к отказу от употребления СК у пациентов была оценена экспертным методом в ходе клинического интервью и разделена на 4 градации как отсутствующая (22 чел.), слабая, обусловленная преимущественно внешними факторами (44 чел.), средняя, амбивалентная (3 чел.), и выраженная (1 чел.). Методом бинарной логистической регрессии обнаружена высокозначимая связь: пациенты с отсутствующей мотивацией имеют в 7,17 раза меньшие шансы на продолжительное лечение, чем мотивированные и заканчивают его ранее 31 дня (ОШ 7,17; 99,9 %; ДИ 1,01–58,40).

ВЫВОДЫ

1. В синдромальной структуре психозов, вызванных употреблением СК, преобладали галлюцинаторный, полиморфный и шизофреноподобный варианты. При продолжении наркотизации практически у половины (49,4 %) пациентов наблюдается

тенденция к рецидивированию. Первый психотический эпизод чаще протекает в виде галлюцинаторного варианта. Полиморфный и шизофреноподобный варианты значимо чаще развиваются у лиц, госпитализированных по поводу второго и третьего психотических эпизодов.

2. У лиц с зависимостью от СК, перенесших психоз, значимо чаще встречается отягощенность семейного анамнеза по психическим расстройствам и тенденция к наследственной отягощенности по алкоголизму у родственников первой линии в сравнении с пациентами без психотических нарушений.

3. У наркозависимых инициальные мотивы употребления СК не различаются и представлены такими мотивами, как интерес и любопытство, желание получить новые ощущения и испытать удовольствие. При формировании зависимости у пациентов, перенесших психозы, значимо чаще встречаются мотивы самоповреждения, в то время как в группе без психозов – атарактические мотивы.

4. У пациентов с зависимостью от СК вне зависимости от наличия психоза в постабстинентном периоде наблюдается высокий уровень личностной и ситуативной тревоги при умеренной выраженности уровня депрессивных расстройств. Выраженность уровня ситуативной тревоги прямо зависит от количества перенесенных психозов и типа психоза (у наркозависимых с галлюцинаторным типом психоза уровень ситуативной тревоги значимо выше).

5. У больных, перенесших психозы, значимо чаще встречается алекситимия. При этом, чем выше уровень алекситимии у пациентов, тем более выражены симптомы депрессии.

6. Постабстинентный период у больных, перенесших психозы, характеризуется значимо более высоким уровнем диссоциативных проявлений. Уровень диссоциации прямо связан с уровнем личностной тревожности. При этом у пациентов с шизофреноподобным типом психоза в постабстинентном состоянии наблюдаются более выраженные проявления диссоциации, в сравнении с пациентами с другими вариантами психотических нарушений.

7. Субъективная оценка уровня социальной адаптации в постабстинентном периоде у пациентов с перенесенными психозами достоверно ниже, чем у пациентов

без психозов. Уровень самооценки социальной адаптации у больных, зависимых от СК, достоверно снижается с увеличением количества перенесенных психозов.

8. Предикторами развития психотических состояний у больных зависимостью от СК являются наличие в состоянии острой интоксикации преходящих нарушений восприятия в виде гиперестезии, парестезии и иллюзий, а также высокий уровень алекситимии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

С целью информирования пациента о факторах риска развития у него психотических состояний предлагается определение предикторов развития психозов в ходе клинического обследования (при сборе анамнеза и с помощью определения показателей по шкале диссоциации в динамике).

С учетом выявленных особенностей формирования мотивации употребления СК представляется целесообразным определение мотивов употребления данного вида ПАВ с целью индивидуализации лечебно-реабилитационных программ.

Для повышения приверженности пациентов к лечению необходимо с первых дней пребывания пациента в стационаре включать его в психотерапевтическую работу по выработке мотивации к отказу от употребления СК.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научные статьи в журналах, рекомендованных ВАК:

1. Овчинников, А. А. Синтетические каннабиноиды: психотропные эффекты, побочные действия, риски употребления [Электронный ресурс] / А. А. Овчинников, **О. Н. Патрикеева** // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 3 – Режим доступа: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1431
2. **Патрикеева, О. Н.** Особенности синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов / **О. Н. Патрикеева** // Наркология – 2014. – № 10. – С. 59–63.
3. **Патрикеева, О. Н.** Интоксикационные психозы у потребителей синтетических каннабиноидов / **О. Н. Патрикеева**, А. А. Овчинников, О. М. Кормилина // Наркология. – 2015. – № 1. – С. 41–45.
4. Овчинников, А. А. Синтетические каннабиноиды (состояние проблемы, региональный аспект, побочные эффекты употребления) / А. А. Овчинников,

О. Н. Патрикеева, О. М. Кормилина// Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2015.– № 1. –С. 56–61.

5. **Патрикеева, О. Н.** Мотивационный профиль потребителей синтетических каннабиноидов / **О. Н. Патрикеева,** А. А. Овчинников, И. Г. Соловьева // Неврологический вестник – 2015. – Т. XLVII, вып. 2. –С.47–52.

6. **Патрикеева, О. Н.** Аффективные расстройства у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов, перенесших психозы / **О. Н. Патрикеева,** А. А. Овчинников, И. Г. Соловьева // Неврологический вестник – 2016 – Т. XLVIII, вып. 1 –С.53–56.

7. **Патрикеева, О. Н.** Аффективные расстройства у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов / **О. Н. Патрикеева,** А. А. Овчинников, О. М. Кормилина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2016 – № 3. – С. 47–50.

8. Опыт организации реабилитационных мероприятий для пациентов с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов в условиях стационарного отделения / **О. Н. Патрикеева** [и др.] // Наркология – 2016 – № 7 – С. 15–19.

Другие научные публикации:

1. **Патрикеева, О. Н.** Особенности аффективных нарушений у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов/ **О. Н. Патрикеева,** А. А. Овчинников, И. Г. Соловьева//Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири : сб. тезисов науч.-практ.конф. – Красноярск, 2016. – С. 128–131.

2. **Патрикеева, О. Н.** Изучение проявлений социальной дезадаптации у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов. Перенесших интоксикационные психозы / **О. Н. Патрикеева** // Бехтеревские чтения: материалы Всероссийской конференции с международным участием. –Киров, 2016. – С. 94–96.

3. **Патрикеева, О. Н.** Клинико-психологические аспекты зависимости от синтетических каннабиноидов: взаимодействие нарколога и клинического психолога в лечебно-реабилитационном процессе / **О. Н. Патрикеева**// Клиническая психология и практическое здравоохранение: пути интеграции : сб. тезисов межрегиональной науч.-практ.конф. с международным участием. – Новосибирск, 2015. – С.185–193.

4. Мотивация воздержания от употребления психоактивных веществ как терапевтическая мишень у пациентов с зависимостью от синтетических каннабиноидов / **О. Н. Патрикеева** [и др.] // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : сб. тезисов юбилейной науч.-практ.конф. с международным участием, посвященной 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ. – Томск, 2016. – С.127–128.

5. Особенности дисфункциональных установок у лиц, употребляющих синтетические наркотические средства / Р. Матафонов [и др.; в том числе **О. Н. Патрикеева**] // Профессиональная психологическая помощь при наркозависимости: междисциплинарный подход : материалы региональной науч.-практ.конф. – Новосибирск, 2016. – С 50–53.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

КГ	–	контрольная группа
МКБ-10	–	Международная классификация болезней 10 пересмотра
ОГ	–	основная группа
ПАВ	–	психоактивные вещества
СК	–	синтетические каннабиноиды
ХТИ	–	химико-токсикологическое исследование
INCB	–	InternationalnarcoticsControlBoard – Международный Комитет по контролю над наркотиками